

Директору Пятигорского
медико-фармацевтического
института - филиала ФГБОУ ВО
ВолгГМУ Минздрава России
О.А. Ахвердовой

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

согласен на зачисление в Пятигорский медико-фармацевтический институт - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Институт) **на места по договорам об оказании платных образовательных услуг для обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе бакалавриата/программе специалитета**

_____.2022 _____ / _____
(подпись) (ФИО)